à mon collègue le docteur Pronst

TUMEUR DERMOÏDE

DE L'OVAIRE

Polaillon

OVARIOTOMIE. GUÉRISON

PAR

M. POLAILLON,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien professeur-adjoint de la Maternité,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

(Extrait des Annales de Gynécologie)

Numéro de décembre 1875.

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2,

1875

TUMEUR DERMOÏDE

DE L'OVAIRE

OVARIOTOMIE. GUÉRISON

Mademoiselle Amélie L., âgée de 17 ans, a une constitution délicate, bien que son enfance se soit écoulée sans maladie. Sa taille est moyenne, ses membres sont grêles et faibles. La première apparition de ses règles a eu lieu à la fin de décembre 1873; la deuxième menstruation survint à la fin de janvier 1874, et la troisième à la fin de mars de la même année. Depuis cette époque les règles n'ont point reparu.

Cette jeune fille, née à Paris, habite depuis son enfance la commune de Viney, près de Montmirail. Elle ne peut dire exactement à quelle époque remonte le développement de son ventre ; elle se souvient seulement que c'est surtout à la fin du mois de juin 1874 que son volume a attiré son attention. Depuis cette date, il n'a cessé de s'accroître régulièrement. Examinée par un médecin, celui-ci affirma, malgré ses dénégations, qu'elle était enceinte. On l'envoya alors à Paris où elle fut placée dans une maison spéciale en attendant son accouchement. Elle y resta deux mois et demi, et comme elle se trouvait souffrante, on la fit entrer à la Maternité, le 2 février 1875. Elle séjourna pendant quelques jours dans le dortoir des femmes enceintes, mais la grossesse de cette jeune fille paraissant compliquée, on la fit passer dans le service de gynécologie de la Maternité.

Sauf le développement considérable du ventre, je ne constatai aucun des signes qui font reconnaître une grossesse : ni ballottement, ni mouvements actifs du fœtus, ni souffle utérin, ni battements cardiaques. Les seins étaient peu volumineux et n'avaient subi aucune des

modifications qui accompagnent l'état de gestation. La malade n'avait jamais eu ni nausées, ni vomissements, ni syncopes. En palpant l'abdomen, je rencontrai, en certains points, des parties solides, mais elles ne donnaient pas cette sensation particulière qui caractérise les membres mobiles du fœtus. En pratiquant le toucher vaginal, qui était très-pénible en raison de l'existence de la membrane hymen, je trouvai un col petit et dur, et un utérus mobile, refoulé en arrière et à gauche. La paroi antérieure du vagin était déprimée, et formait, sous le doigt, une saillie qui donnait la sensation très-nette de la fluctuation, lorsqu'on percutait la surface du ventre. La tumeur était donc fluctuante, et cette fluctuation se transmettait non-seulement à la paroi antérieure du vagin, mais encore d'un côté à l'autre de l'abdomen. Tout le ventre était mat à la percussion. Il n'y avait de sonorité qu'en arrière, sous les fausses côtes et dans les flancs. D'après ces signes, il me parut évident que j'avais affaire à un kyste de l'ovaire.

Il restait à savoir quelle était la nature de ce kyste et quelles en étaient les complications ?

La tumeur était certainement formée, en partie, par une grande poche contenant du liquide, poche située immédiatement derrière la paroi abdominale antérieure et donnant lieu à une fluctuation superficielle très-nette ; et comme la sensation du choc de la fluctuation suivait sans aucun retard l'application de la chiquenaude destinée à le produire, j'avais lieu de penser que le contenu n'était pas une masse gélatineuse, mais un liquide plus ou moins visqueux (1). Autour et en arrière du grand kyste que je viens de signaler, le palper démontrait des productions solides. A droite, on sentait une masse très-dure qui, partant de la crête iliaque, remontait jusqu'aux fausses côtes, où elle se recourbait pour gagner la région épigastrique et se perdre profondément dans l'hypochondre et le flanc gauches. Ces masses solides étaient bosselées, et, dans la région épigastrique particulièrement, les bosselures donnaient à la tumeur l'aspect d'une agglomération marronnée, si superficiellement placée qu'elle semblait développée aux dépens de la paroi abdominale elle-même. En présence de ces signes, je m'arrêtai au diagnostic d'une de ces tumeurs complexes de l'ovaire, formées en partie par des kystes, en partie par des productions solides, de nature sarcomateuse ou dermoïde.

---

(1) Nélaton a, en effet, insisté sur ce point du diagnostic des kystes de l'ovaire, à savoir que dans les kystes à contenu gélatineux la sensation du choc n'a lieu qu'un certain temps après l'application de la chiquenaude, tandis que dans les kystes à contenu liquide la sensation du choc a lieu immédiatement après la chiquenaude.

Mais le point le plus important et en même temps le plus difficile du diagnostic était de savoir s'il existait des adhérences.

En cherchant à mobiliser la masse morbide, pendant que je faisais prendre diverses attitudes à la malade, je n'arrivais qu'à constater sa fixité dans la cavité péritonéale. La paroi antérieure de l'abdomen était tellement distendue qu'il m'était impossible de la plisser ou de la déplacer sur la tumeur. Si la patiente, étant couchée, je l'engageais à s'asseoir pendant que j'avais les mains appliquées sur son ventre, je sentais, à certains moments, un frottement séreux qui devait être produit par le glissement du péritoine sur la surface du kyste. Ce signe était-il une preuve des adhérences comme l'ont admis quelques auteurs ? J'inclinai à le croire. Cependant, à aucune époque, la malade n'avait eu de la fièvre et n'avait ressenti ces douleurs vives qui caractérisent la péritonite. Le ventre était douloureux par intervalles et par places ; mais ces douleurs paraissaient siéger dans la tumeur, et ne se rattachaient vraisemblablement pas à la formation d'adhérences séreuses. En somme, sauf les indications favorables fournies par l'étude de la marche de la maladie, toutes mes explorations m'avaient laissé dans une obscurité profonde touchant l'existence ou la non-existence des adhérences.

La malade resta plusieurs mois en observation. Son ventre, qui avait une forme globuleuse, continua à augmenter de volume : lors de l'entrée à l'hôpital, sa plus grande circonférence était de 90 centimètres ; le 2 mai, elle était de 95 centimètres 1/2 ; le 8 juillet, de 99 centimètres. Il n'était survenu aucun phénomène pouvant contr'indiquer l'ovariotomie. Les organes respiratoires étaient sains. Les fonctions digestives se faisaient assez bien, malgré la compression de l'estomac et de l'intestin. Il n'y avait ni ascite ni œdème des membres inférieurs. La malade désirait vivement l'opération. Mais j'attendis pour la pratiquer, que les pluies incessantes de l'été, que nous traversions, eussent cessé et que la température fût devenue moins variable et plus chaude.

A l'exemple de quelques chirurgiens, il me parut utile de diminuer le volume de la tumeur par une ponction préalable du grand kyste. Le 14 juillet, cette ponction fut faite sur la ligne médiane, à quatre travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. Il s'écoula huit litres d'un liquide citrin, un peu visqueux. La cavité du ventre étant à moitié désemplie, je cherchai à compléter mon diagnostic sur la configuration, la situation et la mobilité de la tumeur. Il me fut facile de sentir, à travers la paroi abdominale flasque et dépressible, les masses bosselées que j'avais déjà constatées. Elles entouraient le grand kyste vidé et en formaient la base. Mais elles ne cédaient aucunement à mes efforts pour les mobiliser ; ce qui contribua à me faire craindre des adhérences étendues. L'événement montra que ces craintes étaient exagérées.

Le liquide se reforma peu à peu dans le kyste pendant les jours qui suivirent la ponction. Mais le ventre n'était pas revenu à son volume primitif, à la date du 29 juillet, jour où l'ovariotomie fut pratiquée.

Opération. — MM. les Drs Cruveilhier, Gillette et Horteloup, chirurgiens des hôpitaux, M. Krassowski, professeur d'accouchement à l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg, M. le Dr Leblond, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie;* M. Golay, interne à l'hôpital Cochin, et plusieurs élèves des hôpitaux assistaient à l'opération et me servaient d'aides. M. Budin, interne de la Maternité, administrait le chloroforme. M. Guéride fournissait les instruments ainsi que la table spéciale qu'il a imaginée pour l'ovariotomie. Cette table permet à l'opérateur de se placer, assis, entre les membres inférieurs de la patiente, et, après l'opération, de transporter celle-ci dans son lit sans lui imprimer des mouvements nuisibles.

La jeune fille étant profondément chloroformée, une incision est faite sur la ligne médiane, depuis la partie inférieure de l'ombilic jusqu'au pubis. Les tissus sont coupés, couches par couches, jusqu'au péritoine, qui est incisé sur la sonde cannelée. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est très-vasculaire. Des pinces hémostatiques sont placées sur tous les points qui donnent du sang.

Le kyste vient se présenter entre les lèvres de la plaie ; il est ponctionné avec un gros trocart communiquant, par un tube de caoutchouc, avec l'appareil aspirateur de M. Guéride. En moins d'une minute, six litres d'un liquide rougeâtre sont évacués, et le grand kyste est vide. La tumeur était encore énorme. Dans le but d'en diminuer le volume par l'évacuation d'un nouveau kyste, j'enfonce avec précaution le trocart dans la profondeur de la masse morbide; mais cette nouvelle ponction est sans résultat. Des pinces fixatrices sont alors placées sur la paroi du kyste. Le trocart est retiré, et une nouvelle pince fixatrice ferme la plaie de la ponction. Aucune goutte du contenu kystique ne s'est épanchée dans le péritoine.

Une main est introduite à plat au-dessous de la paroi abdominale pour explorer la face antérieure de la production pathologique. Il n'existe pas d'adhérences en avant. A ce moment, quelques tractions modérées sont exercées par l'intermédiaire des pinces fixatrices. Mais il devient bientôt évident que l'incision abdominale est trop étroite pour livrer passage à la tumeur.

L'incision est alors prolongée en haut jusqu'à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la cicatrice ombilicale, qui est contournée à gauche. L'écartement plus grand des lèvres de la plaie permet de voir que l'épiploon adhère, dans une grande étendue, à la surface antérieure de la tumeur. En plusieurs points, ces adhérences sont détachées avec les doigts et des pinces hémostatiques sont serrées sur les vais-

seaux qui donnent; en d'autres points, l'épiploon est coupé entre deux pinces en T. Cette partie de l'opération a été longue et délicate, parce que les vaisseaux de l'épiploon étaient volumineux et avaient des parois très-fragiles. Mais, avec la précaution de ne pas les déchirer et de ne pas les couper sans avoir, au préalable, obturé leur calibre, j'ai pu éviter des hémorrhagies fort gênantes. Tout le paquet épiploïque, avec les pinces qui y adhéraient, est ensuite renversé à gauche et protégé par une pièce de flanelle imbibée d'eau chaude.

De nouvelles tentatives sont faites pour extraire la tumeur. Elles sont sans résultat. Il est nécessaire d'agrandir encore l'incision abdominale. En deux coups de ciseaux l'incision est prolongée jusqu'au milieu du creux épigastrique. Saisissant alors les pinces fixatrices, je tire sur la masse morbide par un effort soutenu, en même temps que je lui imprime de légers mouvements de latéralité. Au bout d'un moment, je sens que la résistance cède, et bientôt après toute la tumeur sort brusquement.

Le pédicule, formé par le ligament large droit, étiré et ramassé sur lui-même, a un diamètre de 3 centimètres environ. Deux broches en fer sont passées en croix à travers ce pédicule, et, au-dessous d'elles, deux anses de fil de fer sont serrées avec le serre-nœud de Cintrat. Le pédicule est ensuite coupé à 1 centimètre au-dessus des broches.

L'épiploon, qui portait un grand nombre de pinces hémostatiques, pouvait me causer des embarras divers. Voici le parti que je pris à son égard : je le divisai en deux masses que je liai séparément avec un fil de chanvre, puis je coupai tout ce qui était au-dessous des ligatures.

Les pinces hémostatiques, appliquées sur la plaie de l'incision, furent enlevées peu à peu. Quelques artérioles qui donnaient encore, furent liées. D'autres points saignants furent touchés avec une tige de bois trempée dans du perchlorure de fer.

La toilette du péritoine fut faite avec un soin minutieux. Bien que la patiente n'eût perdu qu'une très-petite quantité de sang, quelques caillots s'étaient formés dans le cul-de-sac utéro-rectal et durent être retirés. Je m'assurai en même temps que l'ovaire gauche était sain.

Pendant toutes ces manœuvres, des pièces de flanelle, imbibées d'eau chaude et souvent renouvelées, protégeaient l'intestin et les lèvres de la plaie.

Enfin, je procédai à la suture de la paroi abdominale. Cinq fils d'argent, un peu gros, furent nécessaires pour la suture profonde. Neuf épingles, à tête de verre, furent employées pour la suture superficielle. Un fil de chanvre ciré fut croisé sur ces épingles et rapprochait exactement les lèvres de la plaie. L'épiploon, lié en deux paquets, fut fixé entre les points de suture. Le pédicule, maintenu au niveau de la paroi abdominale par les deux tiges métalli-

ques qui l'embrochaient, était embrassé entre l'extrémité inférieure de l'incision et le point le plus inférieur de la suture.

Deux bandes de tarlatane furent glissées sous les extrémités des épingles. Une couche de collodion élastique fut étendue par dessus la suture, et une nouvelle bande de tarlatane fut appliquée sur cette couche de collodion. Puis le collodion n'étant pas encore desséché, une épaisse pièce de ouate fut collée sur le tout. J'obtins ainsi un pansement par occlusion que je me proposai de laisser plusieurs jours en place. Enfin une large bande de flanelle fut modérément serrée autour de l'abdomen.

La patiente fut réveillée au moment où j'achevais la suture. Son sommeil n'avait été entrecoupé que par quelques efforts de vomissement; elle fut transportée et couchée sans secousse dans son lit, grâce à la table démontante dont j'ai déjà parlé.

L'opération avait duré une heure et demie; depuis 9 heures 1[2 du matin jusqu'à 11 heures. Une demi-heure après, la malade était pansée et installée dans son lit.

Suites de l'opération. — Elles ont été consignées avec soin, jour par jour, par M. Budin, interne du service.

Le 29 juillet. Trois heures après l'ovariotomie, la malade a quelques nausées. Le reste de la journée se passe dans un grand calme. Soif assez vive le soir. Elle a uriné spontanément. T. 37°,6 ; P. 98.

Le 30. De minuit à 4 heures 1[2 du matin, vomissement d'un peu de liquide verdâtre, très-amer; puis sommeil tranquille jusqu'à 9 heures 1[2. T. 36°7 ; P. 100.

6 h. du soir. La malade n'a pas souffert pendant la journée ; elle éprouve seulement un peu de pesanteur au niveau de la région épigastrique. T. 37,5; P. 96.

8 h. du soir. Vomissement de quelques matières bilieuses.

11 h. du soir. T. 37,3; P. 120.

11 heures 1[2 du soir. Nouveau vomissement, peu abondant.

Le 31. Matin, T. 37°, 2 ; P. 114.

Soir. La journée a été calme. La malade a dormi, et a pris, en différentes fois, deux tasses de lait. T. 38°,3 ; P. 128.

1er août. Matin. La nuit a été très-bonne. T. 37°,4; P. 104.

Soir, La malade a sucé une côtelette et bu un peu de vin vieux T. 37°,6 ; P. 108.

Le 2. Matin. La nuit a été excellente. T. 36°,9 ; P. 96.

Soir. La malade a mangé une côtelette et bu du vin vieux. T. 37°, P. 100.

A partir de cette date la quantité des aliments est progressivement augmentée.

Le 3. Matin. Un fil d'argent de la suture profonde et deux épingles de la suture superficielle sont enlevés. Cette ablation cause une assez vive douleur. T. 37°,1; P. 96.

Soir. On a administré dans la journée un lavement huileux qui a été inefficace. T. 37°,5; P. 96.

Le 4. Matin. T. 37°,3; P. 100. Deux épingles sont retirées.

Soir, T. 36°,5; P. 96. Garde-robe abondante.

Le 5. Matin. T. 36°,8; P. 92. Un fil d'argent et une épingle sont enlevés.

Soir. T. 37°,5; P. 104.

Le 6. Matin. T. 37°,3; P. 96. Quatre épingles et deux fils d'argent sont enlevés. Toute l'incision de la paroi abdominale paraît être réunie par première intention. Il y a seulement deux points qui suppurent un peu.

Soir. T. 37°,5; P. 108.

Le 7. Matin. La malade a dormi toute la nuit sans se réveiller. T. 37°; P. 92.

Soir. T. 37°,1; 96.

Le 8. Matin. T. 36°,8; P. 84. Ablation du dernier fil d'argent qui était situé au-dessus du pédicule. La plaie du pédicule est pansée avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée.

Soir. T. 36°,7; P. 84.

Le 9. Matin. T. 36°,9; P. 88.

Soir. T. 37°,5; P. 90.

Le 10. Matin. T. 37°,3; P. 92.

Soir. T. 37°,7; P. 98.

Le 11. Matin. T. 37°; P. 92.

Soir. La malade a souffert de la chaleur excessive de la journée. T. 37°,8; P. 100.

Le 12. Matin. T. 36°,5; P. 96. Une des broches métalliques du pédicule tombe. L'autre, qui ne tient presque plus, est enlevée.. Un des fils de chanvre qui ont servi à lier l'épiploon, se détache spontanément. Autour de l'autre fil, qui tient encore, s'est formé un petit abcès.

Le 13. L'anse supérieure, qui a servi à lier le pédicule, est retirée sans effort.

Les jours suivants aucun accident ne vint entraver la guérison.

Le 30. Le second fil de chanvre de la ligature épiploïque se détache.

Dans les premiers jours de septembre, la malade est assez forte pour pouvoir se lever.

Le 8 septembre. La seconde anse métallique, qui enserrait le pédicule, tombe spontanément.

Le 25. Toute la plaie est depuis longtemps cicatrisée, à l'exception d'un point, au niveau du pédicule, où l'on voit encore une surface bourgeonnante de quelques millimètres d'étendue. La malade reste levée toute la journée, se promène dans le jardin, et sent que ses forces sont complètement revenues.

3 octobre. Sortie de la Maternité dans un état de santé parfaite.

Les joues sont colorées ; l'embonpoint est assez prononcé ; toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, à l'exception de la menstruation qui n'a point paru depuis l'ovariotomie.

En résumé, l'opérée n'a eu ni douleur, ni ballonnement du ventre. La température s'est maintenue entre 37° et 37° 5[10. Elle n'a atteint qu'une seule fois (dans la soirée du troisième jour), 38° 3[10. Le même jour, le pouls a monté jusqu'à 128. Mais le lendemain, il n'était que de 104, et, les jours suivants, il est descendu progressivement jusqu'à son type normal. Les points de suture ont été enlevés peu à peu entre le cinquième et le dixième jour. Les ligatures de l'épiploon sont tombées, l'une le quatorzième jour, l'autre le trente-deuxième. Les broches métalliques du pédicule se sont détachées le quatorzième jour, et les anses de fil de fer le quinzième et le quarante-unième jour. Sauf un petit abcès de la paroi, toute l'incision abdominale s'est réunie par première intention. La section du pédicule n'a été complètement cicatrisée qu'à la fin de septembre.

Au moment de la sortie, j'ai constaté que la cicatrice était linéaire, très-solide, sans la moindre tendance à l'écartement. La cicatrice du pédicule est petite et ne forme aucune dépression. La paroi abdominale s'est si complètement rétractée, qu'elle ne forme aucune saillie anormale. La peau ne présente point de vergetures. Il me paraît presque certain que cette jeune fille n'aura pas d'éventration consécutive. Néanmoins je lui conseille de porter, pendant longtemps, une large ceinture de flanelle.

Pendant le mois de novembre Amélie L... m'écrit qu'elle est très-bien portante. Elle m'apprend en même temps que ses règles sont venues dans les derniers jours d'octobre, qu'elles ont duré quatre jours et qu'elles n'ont été accompagnées d'aucune douleur.

Examen anatomique. — La tumeur a été présentée à la Société de chirurgie (Séance du 11 août). Réduite à sa portion solide, elle pèse près de six kilogrammes. Sa surface est lisse, blanche, surmontée de bosselures plus ou moins volumineuses. A sa partie inférieure on voit la section du pédicule. D'après les dimensions de cette section, il est facile de reconnaître que le pédicule avait la forme d'une bandelette transversale, large de 8 centimètres et épaisse de 1 à 1 centimètre 1[2. Un grand nombre de vaisseaux le traversaient et parmi eux on compte une dizaine d'artères du volume de la radiale. La moitié externe de la trompe, ainsi que son pavillon sont appliqués sur la tumeur ; sa moitié interne a été comprise dans la section du pédicule.

La paroi du grand kyste est épaisse et résistante. Sa surface interne présente des brides, des cloisons incomplètes et des anfractuosités formées par des saillies arrondies qui se superposent, et dont le volume varie depuis celui du poing jusqu'à celui d'une lentille. En

certains points on trouve un enduit sébacé abondant et des touffes de poils plus ou moins longs.

A la partie supérieure et à gauche, existe un kyste, gros comme une tête de fœtus, qui remplissait l'hypochondre gauche. Les parois de ce kyste sont minces et transparentes ; son contenu est séreux.

Tout le reste de la tumeur est formé par des productions solides, creusées par une innombrable quantité de petits kystes, et renfermant des follicules dentaires avec des dents à divers degrés d'évolution.

Les petits kystes atteignent, dans certains endroits, le volume d'une noix. Ils sont remplis tantôt par un liquide muqueux plus ou moins trouble, tantôt par une matière suiffeuse, tout à fait analogue à celle que l'on trouve dans les kystes sébacés.

Il m'est impossible d'évaluer le nombre des dents ; toutefois, j'ai constaté qu'il est considérable et qu'il dépasse certainement une centaine. Çà et là des ossifications informes, mais d'une structure osseuse parfaitement caractérisée, forment des alvéoles autour de ces dents, qui affectent presque partout le type des molaires.

Enfin, de la graisse infiltre, dans plusieurs points, le tissu conjonctif qui forme la charpente de toute la masse.

Quelle est la nature de cette tumeur ? Sans entrer dans une longue discussion anatomo-pathologique, je me bornerai à dire que je la range parmi les tumeurs dermoïdes et non parmi les inclusions fœtales. L'ovaire semble avoir une prédisposition particulière à devenir le siége de la production hétérotopique des éléments constituants de la peau. L'hyperplasie de ces éléments forme ces kystes, si souvent observés, dont la paroi interne présente un revêtement épidermique, des poils et des glandes cutanées. Chez notre opérée, l'hyperplasie a coïncidé avec le développement de la puberté et a dépassé les limites ordinaires, puisque, indépendamment des éléments de la peau, il s'est formé des follicules dentaires, des dents et des os. Si l'on avait affaire à une inclusion fœtale, les débris du fœtus, au lieu d'être incrustés dans les parois du kyste, seraient contenus dans sa cavité ; es dents n'excéderaient pas leur nombre normal, et les productions osseuses se rapprocheraient de la forme des os du squelette.

Réflexions. — Le diagnostic des adhérences entre les kystes de l'ovaire et les organes voisins n'a pas suivi les progrès qu'ont faits, dans ces derniers temps, l'instrumentation et le manuel opératoire de l'ovariotomie. Ce point clinique reste profondément obscur et embarrassera encore longtemps les chirurgiens. Sans doute, on peut avoir, dans quelques cas, des notions plus ou moins vagues sur l'existence ou la non-existence des adhérences, d'après la fixité ou la mobilité de la tumeur, et

surtout d'après les douleurs péritonéales antérieures. Mais l'opération ou l'autopsie est venue trop souvent donner un démenti aux diagnostics qui semblaient les mieux établis, pour qu'en général il soit impossible d'affirmer. Dans l'état, l'indication d'opérer ou de s'abstenir doit donc se baser plutôt sur les conditions générales de la santé que sur un diagnostic si incertain. L'observation que je viens de rapporter en est une preuve. La fixité de la tumeur était absolue, même après une ponction, et il y avait du frottement péritonéal, raisons pour croire à des adhérences formidables et pour s'abstenir. Mais la malade était jeune, bien portante, et n'avait jamais eu de péritonite, raisons déterminantes pour agir. L'ovariotomie démontra qu'il n'y avait point d'adhérences pariétales, et que si la tumeur était fixe, c'est qu'elle était volumineuse et exactement enchâssée dans la cavité abdominale. Il n'y avait que des adhérences épiploïques qu'il est impossible de diagnostiquer, de même que les adhérences qui existent quelquefois avec l'intestin. Quant au frottement péritonéal, il ne parait avoir aucune valeur comme signe d'adhérence.

L'opération a été faite à la Maternité, hôpital que beaucoup de personnes considèrent comme un milieu infectieux. Mais, l'expérience m'ayant montré que l'infection chirurgicale ou puerpérale est ordinairement causée par l'oubli des préceptes de l'hygiène et même des soins de la propreté, je ne me suis pas arrêté devant ces dires. Pendant l'opération, je me suis étudié à préserver le péritoine du contact des substances qui pouvaient le salir et l'enflammer. C'est ainsi que les instruments avaient été lavés dans l'alcool, que l'eau, dont je me servais, avait été portée à l'ébullition, et que les pièces de flanelle et es éponges étaient neuves. Après l'opération, la plaie fut pansée par occlusion. Les fils et les épingles de la suture ont été retirés sans détruire cette occlusion. L'opérée fut couchée dans une petite salle où elle était seule et où l'air était souvent renouvelé. Avec ces précautions, j'estime que l'on peut et que l'on doit obtenir des succès d'ovariotomie, même dans un établissement hospitalier.

Paris. — Typ. A. Parent, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.